DISSERTATION

N° 87.

SUR

LA DOTHINENTÉRIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 6 mai 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR JEAN-JULIEN DELAUNAY, de Moisdon,

Département de la Loire-Inférieure.

Opinionum commenta delet dies; naturæ judicia confirmat.

CICERO, *de Nat. deor.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	DUBOIS. BOYER. ROUX. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Berard.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier.	Martin Solon, *Suppléant.*
Briquet.	Pioray.
Brongniart.	Rochoux, *Examinateur.*
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Amour filial.

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR L'ABBÉ DEFERMON.

IL FUT MON BIENFAITEUR.

Regret éternel !

A MONSIEUR LE COMTE DEFERMON,

ET

A MADEMOISELLE SA SŒUR.

Hommage de mon profond respect et de ma vive reconnaissance.

J.-J. DELAUNAY.

DISSERTATION

SUR

LA DOTHINENTÉRIE.

La maladie que M. Bretonneau a nommée *dothinentérie* (de δοθιν, *bouton, pustule, furoncle,* et εντέρον, *intestin*), à laquelle d'autres auteurs ont imposé les noms de *fièvre putride, muqueuse, adynamique, entéro-mésentérique, typhoïde,* etc., est une affection dont le siége principal est dans les follicules intestinaux ou glandes de *Peyer* de la fin de l'intestin grêle.

Ce n'est que depuis une époque assez rapprochée de nous que la nature de cette maladie a été bien connue. Comme elle peut revêtir toutes les formes des fièvres décrites dans la Nosographie de *Pinel,* sous les noms de *fièvre inflammatoire, bilieuse,* etc., on la confondait souvent avec une foule d'autres maladies, avant que le flambeau de l'anatomie pathologique en eût fait découvrir le véritable siége. *Rœderer* et *Wagler* paraissent être les premiers qui aient fait mention de l'altération des follicules intestinaux dans les fièvres graves; plus tard, ces mêmes altérations ont été très-bien décrites par MM. *Petit* et *Serres;* enfin, dans ces derniers temps, les nombreuses recherches de plusieurs observateurs du plus grand mérite, et surtout celles de MM. *Bretonneau, Andral* et *Louis* ont mis hors de doute la présence de cet exanthême intestinal dans la plupart

des fièvres graves; ont fait voir son influence sur la production des accidens, sur leur marche insidieuse, et, par suite, sur la production des lésions secondaires, souvent si nombreuses à l'ouverture des cadavres de ceux qui ont succombé à cette terrible maladie.

C'est d'après les observations des grands maîtres que nous venons de citer, et d'après celles que nous avons eu occasion de recueillir dans les hôpitaux de Paris, et notamment à l'Hôtel-Dieu, clinique de M. *Chomel*, que nous allons essayer de tracer l'histoire générale de cette affection.

Comme il est aujourd'hui reconnu par tous les bons esprits que les maladies ne peuvent être plus sûrement distinguées que par leurs caractères anatomiques, nous pensons qu'il est philosophique de commencer l'histoire de la maladie qui nous occupe par la description des altérations trouvées sur le cadavre, quoique celles-ci ne soient soumises à l'observation qu'en dernier lieu. Nous traiterons ensuite des causes, puis des symptômes, de la marche, de la durée, des terminaisons, du prognostic, et enfin du traitement.

Altérations pathologiques.

Parmi les nombreuses lésions qu'à l'ouverture du cadavre de ceux qui ont succombé à la dothinentérie on trouve soit dans le tube digestif, soit dans tout autre organe, il en est une qui est constante, qui ne se retrouve que dans cette maladie, et qui, par là même, en forme le caractère anatomique : c'est, comme nous l'avons dit, l'altération des plaques folliculeuses de *Peyer*. Le travail morbide spécial dont elles sont le siége s'observe presque constamment dans le cinquième inférieur de l'intestin grêle, à l'opposite du mésentère, et quelquefois dans le cœcum. Il paraît même, d'après la remarque de M. *Louis*, que toujours l'affection commence par les plaques les plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale; et cet habile observateur se fonde sur ce qu'il a constamment vu l'altération d'autant plus profonde, et par conséquent d'autant plus ancienne qu'elle était plus

près de ce point de l'intestin, et, au contraire, d'autant plus légère qu'elle s'en éloignait davantage. Entre les plaques plus ou moins altérées, on n'en trouve presque jamais dans l'état naturel; néanmoins, le passage des plaques saines à celles qui sont altérées, quoique se faisant dans quelques cas d'une manière graduée, se fait le plus ordinairement d'une manière brusque. Tous les degrés peuvent s'observer sur le même individu.

Au premier degré, ces glandes de *Peyer*, ou agglomérations de cryptes, à peine visibles dans l'état sain, sont augmentées de volume et se présentent sous la forme de plaques le plus ordinairement ovalaires de grandeur variable, et qui font au-dessus du niveau de la muqueuse une légère saillie; leur couleur est pâle ou d'un rose tendre, elles n'ont encore rien perdu de leur consistance; on pourrait dire cependant qu'il y a un léger commencement de ramollissement. Les points grisâtres qui, dans l'état naturel, existent chez tous les sujets, et indiquent l'orifice des cryptes, ont disparu. Après ces plaques en viennent d'autres dont l'épaisseur, le ramollissement et la rougeur sont progressivement plus marqués. Souvent, à ce degré, elles offrent une surface comme grenue, sur laquelle on distingue un plus ou moins grand nombre d'orifices béans, qui tiennent la place des points gris dont il vient d'être question; très-souvent alors le tissu cellulaire sous-muqueux est épaissi et rouge dans les points correspondans aux plaques exanthémateuses; à un degré encore plus avancé, celles-ci sont plus rouges, plus épaisses, plus larges, plus molles, uniformes, non mamelonnées, sans orifices béans, et leurs cryptes ne sont plus distinctes. L'altération du tissu cellulaire sous-jacent a augmenté dans la même proportion.

Après avoir pris un accroissement extrêmement variable, cette éruption est susceptible de se terminer de plusieurs manières. La résolution peut s'opérer : alors les plaques s'affaissent peu à peu, tendent à reprendre leur consistance normale; leur couleur rouge plus ou moins intense se transforme en un mélange de rouge, de gris et de bleu; puis on n'observe plus que ces deux dernières couleurs,

sans mélange de rouge : le tissu cellulaire offre les mêmes dégradations de couleur, de consistance et d'épaisseur ; enfin on finit par ne plus trouver à la place de ces plaques que des bandes oblongues pointillées de gris ou de noir.

Quelquefois, rarement cependant, une véritable gangrène paraît s'en emparer ; alors une ou plusieurs escharres s'en détachent, et laissent à leur place une ulcération ; d'autres fois la plaque se détruit en plusieurs points de son étendue, sans que cependant il paraisse y avoir eu gangrène préalable, et il en résulte plusieurs petits ulcères qui s'agrandissent et finissent par se réunir, ou bien l'ulcération commence en un seul point de la glande et s'élargit progressivement, finit par détruire toute l'étendue de la muqueuse qui recouvre celle-ci ; bientôt il en résulte la complète disparition du follicule. Quelquefois le tissu cellulaire sous-muqueux est détruit, et alors la tunique musculeuse, mise à nu, est ordinairement plus ou moins rouge et épaissie ; d'autres fois celle-ci est elle-même détruite, et le péritoine forme le fond de l'ulcération. C'est alors que la membrane péritonéale venant à se rompre, il en résulte une perforation qui constamment détermine une péritonite mortelle, en laissant se répandre dans la cavité du péritoine les matières contenues dans l'intestin. Cet accident est heureusement très-rare. Le pourtour des ulcérations, qui est ordinairement régulier, ovalaire ou arrondi, est anguleux, comme dentelé dans quelques cas ; d'autres fois, au lieu d'être coupé à pic, il l'est en dédolant, ou bien il est plus ou moins décollé dans une certaine étendue.

A quelque profondeur que soit arrivée une ulcération, elle peut se cicatriser. Dans ce cas, de petites fongosités de tissu cellulaire se développent à leur fond, leurs bords s'affaissent, sont entraînés les uns vers les autres, et il en résulte une véritable cicatrice blanche plus ou moins déprimée, formée par une pellicule extrêmement mince, transparente comme les membranes séreuses, et continue avec le tissu sous-muqueux placé au pourtour de l'ulcération.

La muqueuse qui environne les follicules malades souvent ne par-

tage pas leur état pathologique ; elle est blanche dans toute son étendue, et ne présente nulle part de trace de maladie : ce qui prouve que la dothinentérie est une affection spéciale, et ne doit point être considérée comme une variété de la gastro-entérite. D'autres fois, à la vérité, on la trouve injectée à divers degrés, brune, ardoisée ou jaune, plus ou moins épaisse et ramollie ; mais ces altérations doivent être considérées comme secondaires, et non liées d'une manière nécessaire avec la maladie qui nous occupe.

Il est une autre espèce d'éruption qui apparaît dans les mêmes circonstances que la précédente, qui se montre aussi à la surface interne de l'intestin grêle, surtout au voisinage de la valvule iléo-cœcale. On l'a rencontrée quelquefois dans le gros intestin. Elle a pour siége les glandes de *Brunner*, et se présente sous la forme de boutons isolés les uns des autres, rouges, gris ou blanchâtres, conoïdes, présentant, non pas toujours, mais le plus souvent, à leur sommet un orifice d'où l'on fait suinter par la pression un liquide muqueux ou puriforme. Tantôt ces boutons sont en très-petit nombre épars à la surface interne de l'intestin, tantôt ils sont en quantité innombrable ; cependant M. *Louis* ne les a vus qu'une seule fois occupant toute la longueur de l'intestin. Ils peuvent subir, près du cœcum, une ulcération semblable à celle des plaques elliptiques ; ce qui cependant est assez rare. Leur résolution est bien plus ordinaire, ainsi que le démontre l'ouverture de cadavres d'individus morts peu de temps après avoir eu une dothinentérie. Alors on aperçoit un plus ou moins grand nombre de petits corps blancs ou gris, d'une assez grande consistance, au centre desquels existe un point d'un bleu noirâtre ; ce sont évidemment des traces de l'inflammation des follicules isolés.

Maintenant il résulte des nombreuses observations de M. le professeur *Andral* que le développement de l'une et l'autre des variétés de l'éruption que nous venons de décrire n'affecte point, comme on l'a dit, des périodes fixes, qui pouvaient être comparées à celles que parcourt l'éruption variolique. En effet, ce savant et judicieux observateur a trouvé des follicules ulcérés chez des individus qui étaient

morts peu de temps après l'invasion de la maladie ; et, au contraire, il n'a trouvé d'autres fois qu'un simple exanthème, sans aucune apparence d'ulcération, chez des individus qui n'avaient succombé que fort tard.

Tel est l'exposé des deux ordres d'altérations qui forment le point de départ de la maladie. Cependant l'exanthème boutonneux n'appartient pas aussi exclusivement à la dothinentérie que celui des cryptes agminés de *Peyer*. En effet, tandis que celui-ci est constant dans cette maladie et qu'il ne se rencontre dans aucune autre, du moins à l'état aigu, l'exanthème des follicules de *Brunner*, outre qu'il n'est pas aussi constant, s'observe encore quelquefois dans d'autres maladies aiguës, notamment dans la scarlatine. On observe, à la vérité, le gonflement des plaques elliptiques et leur ulcération dans la phthisie pulmonaire ; mais l'inflammation diffère de nature, elle est tuberculeuse dans ce dernier cas. La distinction entre ces deux maladies est d'ailleurs facile à faire, l'une est chronique et l'autre est constamment aiguë.

On trouve encore, comme nous l'avons fait pressentir, un grand nombre d'autres altérations de divers organes, qui, sans doute, ne contribuent pas peu à donner une issue funeste à la maladie, mais qui ne doivent être considérées que comme des lésions secondaires. En effet, elles ne sont pas inhérentes à la dothinentérie ; elles constituent des maladies à part, et naissent souvent en vertu de cette loi, savoir, que quand une affection aiguë donne lieu à une fièvre d'une certaine intensité et de quelque durée, à une certaine époque de la maladie principale des inflammations tendent à se produire dans les divers autres organes, suivant la prédisposition de l'individu. Nous allons passer rapidement en revue ces diverses lésions dans les principaux organes.

Quelquefois des ulcérations peu nombreuses ont été trouvées dans le pharynx et l'œsophage. M. *Louis* pense qu'elles sont propres à la dothinentérie, parce qu'il ne les a rencontrées en aucune autre cir-

constance ; il les regarde comme caractère anatomique secondaire de cette affection.

L'estomac est exempt de toute lésion appréciable dans un grand nombre de cas ; souvent néanmoins il présente des taches rouges irrégulièrement disséminées, des ramollissemens de sa membrane muqueuse, et même quelquefois des ulcérations. Rarement on trouve le duodénum affecté. C'est aussi dans un très-petit nombre de cas que le reste de l'intestin grêle, dans ses quatre cinquièmes supérieurs, présente quelque lésion ; comme nous l'avons vu, il peut, ainsi que son cinquième inférieur, offrir tout autre altération que celle des follicules : il en est de même du gros intestin.

Les ganglions mésentériques, surtout ceux qui correspondent aux portions d'intestin les plus malades, c'est à dire à la fin de l'intestin grêle ou au cœcum, sont presque constamment plus ou moins gravement altérés. Plus volumineux que de coutume, ils sont rouges ou brunâtres, se déchirent sous le doigt avec facilité, et de petits foyers de pus sont disséminés dans leur intérieur. Il y a un rapport direct entre la lésion intestinale et celle des glandes mésentériques ; mais on trouve encore des restes de phlegmasie dans celles-ci, lorsque déjà la résolution de l'exanthème est complète : aussi pensons-nous, avec avec M. *Andral*, que l'affection des ganglions mésentériques est consécutive à l'affection intestinale.

La rate présente très-fréquemment un volume considérable et une extrême mollesse. Cette altération est importante à considérer, à cause de sa fréquence. Le foie est presque toujours dans l'état naturel. Le cœur, les artères et les veines présentent quelquefois des traces d'inflammation. Le poumon est l'un des organes qui sont le plus souvent affectés de maladies intercurrentes : aussi, fréquemment on y trouve des engouemens, des hépatisations plus ou moins étendues.

Les centres nerveux, qui, pendant le cours de la maladie, présentent tant de désordres fonctionnels, n'offrent cependant le plus souvent à l'observateur aucune lésion appréciable. Dans quelques cas néanmoins, on a trouvé les méninges injectées, contenant de la séro-

sité épanchée ordinairement en petite quantité. La substance cérébrale a présenté aussi quelquefois de l'injection ; rarement son ramollissement a été observé.

Causes.

On ne connaît rien de positif sur les véritables causes de la maladie qui nous occupe. L'expérience n'a encore fait découvrir que les circonstances qui semblent le plus ordinairement favoriser son développement; encore, dans un certain nombre de cas, la maladie s'est-elle développée, le sujet n'étant en aucune manière soumis à leur influence. Ces circonstances, que l'on nommera, si l'on veut, *causes prédisposantes*, paraissent être surtout celles dont l'influence débilitante tend à modifier l'innervation et à changer la composition du sang. Ainsi, ce sont les émotions tristes, les chagrins profonds, les travaux pénibles, les veilles prolongées, l'habitation dans des lieux bas, humides et peu aérés, l'exposition aux émanations putrides, une nourriture insuffisante ou malsaine, les excès en tous genres, le séjour récent dans une grande ville, telle que Paris. Cette dernière circonstance paraît être beaucoup plus générale que les autres, et l'on a remarqué qu'à Paris, par exemple, la maladie est bien plus fréquente chez les nouveaux venus que chez ceux qui habitent la capitale depuis long-temps.

Les individus doués des constitutions les plus diverses sont également atteints par la dothinentérie. Cependant on voit peut-être les individus sanguins, à système musculaire plus développé, en être affectés en nombre plus considérable, que ceux dont la constitution est plus débile et chez lesquels le tempérament lymphatique semble prédominer. Ceci, au premier abord, peut paraître contradictoire à ce que nous avons dit précédemment; mais toute difficulté cessera, si on vient à songer que ce qu'on appelle *force de résistance vitale* est bien plutôt représenté par l'activité du système nerveux que par l'état de l'appareil musculaire, et que l'énergie apparente de celui-ci est bien souvent en raison inverse de cette activité nerveuse.

La jeunesse est une condition à peu près nécessaire du développement de cette affection. C'est depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de trente qu'elle est le plus commune. Quelquefois elle se montre dans un âge plus avancé, mais jamais dans la vieillesse ni dans l'enfance.

Ici se présente une question importante, qui n'a pas été résolue de la même manière par tous les auteurs : la dothinentérie est-elle contagieuse? M. *Bretonneau*, dont quelques autres médecins partagent l'opinion, dit positivement qu'elle est contagieuse, et cite des observations à l'appui de son assertion. Un grand nombre d'autres médecins, surtout ceux qui ont observé cette maladie à Paris, sont d'un avis opposé. On ne voit pas, en effet, dans les hôpitaux, que la dothinentérie se transmette de l'individu qui l'apporte du dehors à ceux qui sont couchés dans les lits voisins du sien; on ne voit pas non plus que les malades auxquels on donne le lit précédemment occupé par un individu guéri ou mort de cette maladie viennent à en être atteints. Enfin, les médecins et toutes les personnes qui donnent des soins aux malades affectés de dothinentérie n'en sont pas plus spécialement affectés. D'après ces faits, nous pensons que la contagion de cette maladie est loin d'être prouvée, au moins elle ne l'est nullement pour le lieu où nous avons observé celle-ci.

Symptômes, marche, durée, prognostic, etc.

Lorsqu'une cause toujours inconnue, comme nous l'avons vu, vient à déterminer la lésion des follicules intestinaux, des symptômes, les uns locaux, le plus grand nombre généraux, annoncent et l'existence de la maladie, et l'influence immense que celle-ci exerce sur tout l'ensemble de l'économie. Peu d'affections développent des phénomènes sympathiques en si grand nombre et qui présentent un si haut degré de gravité. Aussi le diagnostic de la dothinentérie, se tire-t-il bien plutôt d'après leur considération que d'après l'observation des phénomènes locaux, qui manquent souvent, ou qui, quand ils exis-

tent, peuvent indiquer toute autre maladie du tube digestif. Nous allons étudier ces symptômes, examiner comment ils se groupent et se succèdent dans les diverses phases de la maladie.

Les premiers accidens que détermine la dothinentérie sont quelquefois assez peu prononcés, pendant quelques jours, pour ne pas empêcher absolument le malade de se livrer à ses occupations journalières. Mais le plus souvent ils apparaissent brusquement avec une certaine violence, ordinairement au moment où le sujet paraissait jouir d'une bonne santé. Le malade commence par éprouver des frissons irréguliers et accompagnés de tremblement, de la céphalalgie, des étourdissemens, des lassitudes spontanées, des brisemens dans les membres, de l'anorexie, de la soif, des nausées, suivies ou non de vomissemens, quelquefois de la douleur de ventre, surtout vers la fosse iliaque droite, dans le plus grand nombre des cas de la diarrhée avec ou sans coliques. La chaleur succède aux frissons; ceux-ci se renouvellent plusieurs jours de suite chez presque tous les sujets, ordinairement le soir; puis la chaleur devient permanente, plus ou moins vive et presque toujours sèche; le pouls s'accélère et prend du développement.

Bientôt ces symptômes, qui n'indiquent encore autre chose, sinon que le siége de la maladie est probablement dans l'abdomen, et qui ne font presque rien préjuger sur sa nature, augmentent progressivement d'intensité; d'autres accidens s'y joignent à des distances variées du début, et alors il ne reste plus aucune espèce de doute sur la véritable nature de la maladie. Ainsi le malade éprouve une faiblesse peu proportionnée aux autres symptômes, des éblouissemens dès qu'il fait un pas, se tient de bout ou simplement à son séant; des bourdonnemens d'oreilles, des vertiges; l'exercice des facultés intellectuelles commence à lui répugner; ses réponses, quoique justes sont lentes; la physionomie perd peu à peu son expression, elle présente une sorte d'hébétude et un commencement de stupeur; les yeux ne voient les objets que comme à travers un nuage; la douleur de tête augmente, le sommeil dure peu et recommence sans cesse. De la

toux se déclare, et un râle sec et sonore se fait entendre dans toute l'étendue de la poitrine. Le décubitus a lieu sur le dos; la langue est rouge, chargée, sèche ou humide; l'anorexie et la soif continuent; le plus ordinairement les nausées ont cessé; la diarrhée persiste, quelquefois devient plus considérable, ou augmente et diminue alternativement; d'autres fois, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie, il y a, au contraire, constipation opiniâtre. Des épistaxis plus ou moins abondantes ont lieu à diverses époques de l'affection, et la précédent même quelquefois. Des pétéchies apparaissent ordinairement, du septième au douzième jour, sur l'abdomen et le thorax, rarement sur le cou et les extrémités. Le ventre commence à se météoriser, le pouls augmente de fréquence et devient petit.

La maladie continue à faire des progrès; les symptômes que nous venons d'énumérer s'accroissent de plus en plus, tandis que d'autres, plus graves, viennent encore s'y adjoindre : ainsi, la faiblesse musculaire va toujours en croissant, et la prostration est bientôt arrivée au dernier degré. La face est profondément altérée, l'ouïe devient dure; les facultés intellectuelles, qui jusque là s'étaient conservées à peu près intactes, se perdent tout à fait, de sorte que le malade paraît indifférent sur son état et sur tout ce qui l'entoure, regarde à peine le médecin qui l'interroge, laisse entre les dents la langue qu'il vient de montrer, oubliant de la retirer; il ne semble éprouver aucune douleur; la somnolence est presque continuelle; il survient du délire partiel ou continu, tranquille ou furieux, et, dans cette dernière forme de délire, le malade sort tout à coup de l'adynamie dans laquelle il était plongé, de manière à ce qu'il faille une force très-considérable pour le contenir; puis il retombe dans son état d'affaissement ordinaire. Ce dernier symptôme et la somnolence persistent ordinairement jusqu'au moment fatal; le pouls devient de plus en plus petit, dépressible, misérable, très-fréquent, quelquefois il acquiert une lenteur remarquable à mesure que l'adynamie se prononce davantage. Toutefois, dans un bon nombre de cas, l'énergie des battemens artériels contraste d'une manière remarquable avec l'état de prostration dans

lequel semble tombé le malade ; la peau est brûlante et d'une aridité remarquable ; quelquefois il y a soubresaut des tendons, roideur et contracture des membres, carphologie, signes presque toujours funestes. Des paralysies peuvent aussi survenir dans les muscles de la vie de relation et même dans ceux de la vie organique. La diarrhée fait ordinairement de nouveaux progrès ; les selles, souvent d'une fétidité extrême, deviennent involontaires, et chez quelques individus les matières fécales sont unies à une certaine quantité de sang ; la langue conserve quelquefois son état normal, mais le plus souvent elle rougit d'avantage, se sèche, se fendille, ou bien se recouvre, ainsi que les lèvres et les dents, d'un enduit brun, noirâtre et épais ; la déglutition devient difficile ; parfois l'arrière-bouche est plus ou moins enflammée ; le ballonnement du ventre quelquefois n'augmente pas, mais le plus souvent il prend de l'accroissement au point qu'il peut dépasser le niveau de la poitrine ; l'haleine acquiert de la fétidité et la respiration devient lente. Les points sur lesquels repose le corps, principalement les tégumens qui recouvrent le sacrum, deviennent rouges, s'excorient, puis sont promptement frappés de gangrène ; les plaies des vésicatoires, lorsqu'il en existe, se recouvrent d'un pus de mauvaise qualité, et des taches gangréneuses ne tardent pas à apparaître à leur surface ; les parotides, signe presque constamment funeste, se tuméfient et s'enflamment. Le malade, immobile sur le dos, se laisse glisser au pied du lit, comme un corps inerte.

Enfin la mort survient, soit au milieu du délire, soit dans une sorte de calme, quelquefois d'une manière imprévue ; assez souvent elle est due à des lésions secondaires, d'autres fois elle est la suite inévitable d'une péritonite, due elle-même à la perforation de l'intestin, et, dans ce cas, elle survient à une époque très-variable du commencement de la maladie, quelquefois sans que celle-ci ait même présenté des phénomènes d'une certaine gravité.

Lorsqu'au contraire la maladie se termine par la guérison, et cette issue heureuse a quelquefois lieu, l'individu ayant présenté la plupart des accidens les plus graves, les symptômes perdent peu à peu de leur

intensité; la langue se nettoie et s'humecte, la peau perd de son aridité et devient moite, la diarrhée diminue, l'intelligence se rétablit et la physionomie devient plus naturelle; le malade commence à prendre part à ce qui se passe autour de lui, demande quelques alimens et semble en quelque sorte renaître à la vie; toutes les fonctions se rétablissent peu à peu; mais ordinairement la convalescence est longue et quelquefois traversée par des accidens.

Telle est le plus ordinairement la marche de la dothinentérie. Mais il est des cas où cette marche est très-irrégulière et est loin de ressembler à celle que nous venons de tracer : il est, par exemple, des malades qui n'éprouvent pendant un temps assez long que quelques symptômes généraux à un faible degré, sans phénomènes locaux qui indiquent d'une manière précise le siége de l'affection; puis la maladie prend sa marche accoutumée. D'autres fois la fièvre diminue, après avoir débuté avec une sorte de vivacité; les symptômes caractéristiques ne se montrent pas; l'affection paraît légère; le malade semble, au premier abord, avoir plutôt un simple embarras gastrique que toute autre maladie : c'est la forme latente. Dans ce cas, à la vérité très-rare, le diagnostic peut rester incertain jusqu'à la mort du sujet. Assez souvent encore les symptômes diminuent tout à coup d'intensité, sans que l'on puisse attribuer ce changement à l'influence de la médication employée, et, à l'instant où l'on pourrait croire le malade hors de danger, ils reprennent subitement toute leur force. Il faut que le médecin soit bien prévenu de cette marche insidieuse qu'affecte souvent la dothinentérie, afin qu'il soit réservé dans son prognostic, et surtout qu'il n'attribue pas légèrement à l'action thérapeutique la diminution qui peut survenir dans les accidens.

La dothinentérie, quelle qu'en soit l'apparente bénignité, est toujours une affection redoutable, parce qu'on a toujours à craindre, dans les cas où les symptômes sont les plus légers, comme dans ceux où ils sont les plus graves, la perforation de l'intestin grêle. Cependant le sujet peut se trouver placé dans des circonstances qui atténuent singulièrement la gravité du prognostic. Ainsi celui-ci sera

moins grave, si le malade est très-jeune ; si, lorsqu'il se trouve dans une grande ville, il l'habite depuis plus d'un an ; si son pouls est médiocrement accéléré, large ; enfin si les accidens graves sont peu prononcés. Au contraire, la mort est presque inévitable lorsque viennent à apparaître certains phénomènes extraordinaires, tels que la parotide, l'hémorrhagie intestinale, la contracture des membres, la carphologie, etc. Dans tous les cas, rappelons-nous que jamais dans cette maladie le prognostic ne doit être favorable d'une manière absolue, jusqu'à ce que la convalescence ne soit tout à fait décidée.

Traitement.

La thérapeutique de la dothinentérie est loin d'être aussi avancée que sa pathologie, ou, pour mieux dire, le véritable traitement de cette affection est encore à trouver. On a tour à tour employé contre elle les méthodes les plus opposées : toutes comptent des succès et des revers ; et encore, lorsque le malade guérit, on est tenté de se demander si c'est bien aux moyens employés qu'est dû le retour à la santé, tant cette terrible maladie est rebelle aux agens thérapeutiques qui jusqu'à présent lui ont été opposés. Cependant, dans l'état actuel de la science, on ne peut nier que l'art ne puisse concourir à l'heureuse issue de la dothinentérie.

Jusqu'à ce qu'on ait découvert un traitement, pour ainsi dire, spécifique, comme l'affection elle-même, toute méthode exclusive serait dangereuse : il faut que la médication varie comme les formes de la maladie ; qu'elle soit modifiée suivant la constitution des malades et les degrés de la maladie ; suivant les variétés et les nuances que cette dernière est susceptible de revêtir ; suivant son état de simplicité ou de complication. Ainsi, au début, si le sujet est jeune et vigoureux, si la réaction fébrile est très-prononcée, la céphalalgie intense, le pouls fort et plein, la saignée générale est indiquée ; de grands avantages peuvent en résulter. Mais il faut être sobre dans l'emploi de ce moyen énergique, et ne point perdre de vue que le

péril et la gravité des affections aiguës sont proportionnés à la faiblesse réelle des malades, et que cette faiblesse favorise le développement des affections secondaires. En général, deux saignées de douze onces, pratiquées dans les dix premiers jours, doivent suffire quand le sujet est très-fort : on se contentera d'une seule, s'il est moins vigoureux. Cependant si, plus tard, les symptômes venaient à prendre tout à coup un certain degré de violence, que la couleur des chairs et l'embonpoint indiquassent une perte de forces peu considérable, on pourrait encore faire une saignée.

Dans les cas où la diarrhée, les douleurs abdominales et tous les signes d'irritation intestinale l'emportent sur la réaction générale, il serait peut-être mieux de faire une application de sangsues, soit à l'anus, soit sur le point douloureux de l'abdomen. On a vu chez un certain nombre de malades la diarrhée cesser immédiatement après cette saignée locale à l'anus.

L'action de l'évacuation sanguine doit être favorisée par la diète absolue, par des boissons mucilagineuses ou acidules, en quantité proportionnée à l'intensité du mouvement fébrile : terme moyen, deux à trois pintes dans les vingt-quatre heures ; par des lavemens adoucissans, administrés deux ou trois fois le jour, surtout quand les selles sont très-nombreuses ; par des fomentations émollientes et des cataplasmes de même nature, appliqués sur le ventre. Les moyens hygiéniques surtout ne devront point être négligés : ainsi, le malade sera placé dans un lieu assez vaste, bien aéré ; il sera exposé à une température douce, plutôt fraîche que chaude ; enfin, la plus grande propreté sera entretenue autour de lui.

Tant que le mouvement fébrile est considérable, la chaleur forte, le pouls très-accéléré, le même traitement doit être continué ; mais plus tard, lorsque ces symptômes ont beaucoup perdu de leur intensité, que la chaleur est médiocre, l'abattement considérable, surtout que rien n'indique une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, que la faiblesse est le symptôme principal, il faut avoir recours aux toniques. On voit assez souvent, sous leur influence,

le pouls se relever, perdre de sa fréquence, la bouche devenir plus nette, la langue s'humecter. Les toniques faibles, tels que l'infusion froide de quinquina, des lavemens avec la même substances, seront d'abord mis en usage ; puis, s'ils ne produisent pas de mauvais effets, on passera rapidement aux toniques forts, au sulfate de quinine, à la dose de huit, dix, douze ou vingt grains, dans une potion aromatique ou gommeuse, avec le sirop de quinquina ou tout autre, donnant pour boisson l'infusion de quinquina édulcorée ou une limonade vineuse. Le sulfate de quinine paraît à M. *Louis* préférable à l'extrait de quinquina, parce qu'il laisse aux potions leur liquidité, et qu'il n'a d'autre désagrément que son amertume, tandis que l'extrait rend les potions dans lesquelles il entre, un objet de dégoût pour les malades, et qu'il ne possède probablement pas plus de vertu que le sulfate. L'usage des toniques doit être suspendu si, au bout de trois à quatre jours, on n'en a point obtenu d'heureux résultats, parce qu'alors il peut y avoir eu erreur de diagnostic, l'estomac n'est peut-être pas aussi sain qu'on se l'était imaginé.

Tel est le traitement que nous croyons le plus rationnel, et qui nous a paru être le plus souvent suivi de succès. Quant aux médicamens réputés antispasmodiques, tels que le musc, le camphre, etc., employés contre le spasme, ils doivent être bannis, non-seulement parce qu'on n'en a observé aucun bon effet, mais encore parce qu'à raison de leur nature excitante ils augmentent l'état fébrile. Les bons effets de la glace pilée, appliquée sur la tête pour combattre les symptômes cérébraux, sont loin d'être démontrés. Il en est de même des épispastiques, qui, en outre, peuvent être extrêmement nuisibles, à cause de la facilité avec laquelle la gangrène s'empare des plaies produites par leur action. Lorsque le météorisme est très-considérable, M. *Louis* pense que des lavemens d'une eau légèrement alcaline et mucilagineuse, et l'eau magnésienne donnée en boisson, pourraient être avantageux contre ce symptôme formidable.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 31.

IV.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos; et in ipsis temporibus mutationes magnæ tùm frigoris, tùm caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

V.

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum. *Sect.* 5, *aph.* 56.

VI.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.